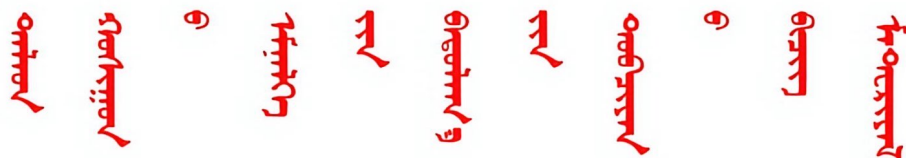


达拉特旗医疗保障局文件



达医保发〔2026〕20号

达拉特旗医疗保障局 2026年度检查工作计划

旗内各定点医药机构：

为进一步规范涉企行政检查行为，促进严格规范公正文明执法，结合本年度基金监管工作重点及上年度行政检查实施情况，现制定达拉特旗医疗保障局的2026年度行政执法检查计划，（除触发式行政检查外，原则上同一检查对象每年检查不超过1次），具体安排如下：

一、检查对象

1. 辖区内所有定点医疗机构，包括综合医院、专科医院、基层医疗卫生机构、民营医院等。
2. 辖区内所有定点零售药店。



二、检查内容

（一）定点医疗机构检查内容

1. 医疗服务行为：是否存在虚构医疗服务、伪造医疗文书和票据、分解住院、挂床住院、诱导住院等行为；是否严格遵守临床诊疗规范、用药指南等，有无不合理诊疗、过度诊疗等情况。

2. 医保费用结算：医保费用结算是否真实、准确，有无违规收费、重复收费、串换项目收费、套用编码收费、自行组套检查收费、无指征收费、分解收费等问题；是否存在将非医保支付范围的费用纳入医保报销的情况。

3. 药品和医用耗材管理：药品和医用耗材的采购、储存、使用、销售等环节是否规范，有无违规采购、使用过期药品和医用耗材、进销存不符等问题；是否严格执行医保药品和医用耗材目录，有无串换药品和医用耗材；

4. 医保政策执行：是否认真贯彻落实国家和地方医保政策，有无违规限制参保人员就医、报销等情况；医保信息系统是否正常运行，数据上传是否及时、准确。

（二）定点零售药店检查内容

1. 药品销售行为：是否存在留存、盗刷、冒用参保人员社会保障卡，医保记账与实际不符，以药易物，伪造、变造药品进销存票据和账目，数据不一致等行为。是否空刷套刷医保凭证、无处方或伪造变造处方、参与或协助倒卖“回流药”、诱导消费及特殊药品使用中的“假病人”“假处方”等违法违规行为。



2. 医保药品管理：是否严格执行医保药品目录，有无串换药品、销售非医保药品套用医保编码等问题；是否按照规定进行医保药品的采购、储存和销售。

3. 服务行为：是否存在诱导参保人员购买保健品、化妆品和生活用品等行为，是否为参保人员套现提供方便。

四、检查方式

1. 自查自纠：组织定点医药机构和参保人员按照相关要求，对自身医保基金使用情况进行全面自查自纠，发现问题及时整改，并向医保局报送自查自纠报告。

2. 日常巡查：医保局工作人员定期或不定期对定点医药机构和参保人员进行日常巡查，重点检查医保政策执行情况、医疗服务行为、医保费用结算等方面，及时发现和纠正存在的问题。每年至少检查 1 次。

3. 专项检查（市医保局组织开展，各旗区医保局交叉互查等）：针对医保基金使用中存在的突出问题和重点领域，如中医康复、血液透析、高值医用耗材等，开展专项检查，集中力量打击各类欺诈骗保行为。每年开展 1 次检查。

4. 大数据分析：充分利用医保信息系统，对医保数据进行实时监测和分析，通过大数据比对，筛查出异常数据和可疑线索，为精准监管提供依据。

5. 联合检查：加强与卫生健康、市场监管、公安等部门的沟通协作，建立健全联合执法机制，开展联合检查，形成监管合力，共同打击欺诈骗保行为。

6. “双随机、一公开”：通过“双随机、一公开”协同



监管平台开展定点医药机构随机抽查工作，对抽查结果及时进行公开公示。

五、检查步骤

（一）自查自纠阶段（2026 年常态化）

1. 组织定点医药机构开展自查自纠工作，医保局向定点医药机构和参保人员发放自查自纠通知和相关资料，明确自查自纠的内容、要求等。

2. 定点医药机构按照要求认真开展自查自纠，对发现的问题及时整改，并填写自查自纠报告，经单位负责人或参保人员本人签字盖章后，按时报送医保局。

3. 医保局对定点医药机构报送的自查自纠报告进行审核，对自查自纠不认真、敷衍塞责或隐瞒不报、弄虚作假的，进行重点检查。

（二）检查实施阶段（年初 - 11 月）

1. **日常巡查：**医保局工作人员按照日常巡查计划，对定点医药机构进行日常巡查。在巡查过程中，详细记录检查情况。每年全覆盖检查至少 1 次。

2. **专项检查（市医保局组织开展，各区医保局交叉互查等）：**依据《医疗保障基金使用监督管理条例》，对存在违反医疗保险规定、骗取基本医疗保险基金支出等违规行为进行监督检查。检查频次每年 1 次。检查方式为实地现场检查。聚焦空刷套刷医保凭证、无处方或伪造变造处方、参与或协助倒卖“回流药”、串换药品、诱导消费及特殊药品使用中的“假病人”“假处方”。聚焦心内科、骨科、血液透析、



康复、医学影像等 9 个领域，着重检查典型性违法违规问题。等违法违规行为。

3. 大数据分析：利用医保信息系统，对医保数据进行实时监测和分析，每周至少进行一次大数据比对，筛查出异常数据和可疑线索。对大数据分析发现的问题，及时进行核实和处理，必要时进行实地检查。

4. 联合检查：加强与卫生健康、市场监管、公安等部门的沟通协作，每年至少开展一次联合检查。联合检查过程中，各部门密切配合，共同对定点医药机构进行检查，对发现的违法违规行为依法依规进行处理。

5. “双随机、一公开”：按照检查比例进行抽查，检查频次每年 1 次。

（三）总结评估阶段（11 月）

1. 对全年检查工作进行全面总结，分析检查中发现的问题及原因，总结工作经验和教训，提出改进措施和建议，形成年度检查工作总结报告。

2. 对定点医药机构的医保基金使用情况进行综合评估，建立健全医保信用评价体系，将医保基金使用情况纳入信用评价范围，对信用良好的定点医药机构和参保人员给予激励政策，对信用不良的进行重点监管和惩戒。

3. 整理归档检查工作相关资料，包括检查计划、实施方案、检查记录、处理决定书等，确保资料完整、规范。



(此页无正文)



达拉特旗医疗保障局

2026年1月19日印发

